

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A CUIDADORES DE USUARIOS DEL SERVICIO DE RESPIRO FAMILIAR (2022)

Buenos días/tardes, llamo en nombre del Ayuntamiento de Madrid. Estamos realizando un estudio de satisfacción entre los usuarios del servicio de RESPIRO FAMILIAR

F.1 ¿Es Vd. el cuidador principal de (Introducir nombre que figura en BBDD) titular del servicio de Respiro Familiar?

| | |
|---|---------------------------|
| Sí, soy el cuidador principal | 1 → Comenzar introducción |
| No, no soy el cuidador principal | 2 → Pasar a F.2 |
| No, soy el usuario | 3 → Pasar a F.3 |
| No, aquí no hay nadie que acuda al servicio de respiro familiar | 4 → Finalizar |
| No tengo cuidador | 5 → ir a F4 |

F2 Por favor, ¿podría pasarme con el cuidador principal de (Introducir nombre que figura en BBDD)?

| | |
|--|---|
| Sí (nos comunican con la persona indicada) | 1 → Comenzar introducción |
| No se encuentra en el domicilio | 2 → ¿Me indica la hora más apropiada para hablar con su cuidador principal? (Tomar nota) Muy amable, gracias. Le llamaremos entonces. → POSPONER LLAMADA |

F3. Buenos días, nos gustaría hablar con su cuidador principal sobre algunos aspectos del servicio de Respiro Familiar al que acude. Por favor, ¿podría pasarme con el cuidador principal de (Introducir nombre que figura en BBDD)?

| | |
|--|---|
| Sí (nos comunican con la persona indicada) | 1 → Comenzar introducción |
| No se encuentra en el domicilio | 2 → ¿Me indica la hora más apropiada para hablar con su cuidador principal? (Tomar nota) Muy amable, gracias. Le llamaremos entonces. → POSPONER LLAMADA |

Solo si no tiene cuidador F1=5

F4. ¿Acude al centro de día, de manera habitual además de a Respiro Familiar?

- Sí 1
- No 2

F5. En general, y teniendo en cuenta toda su experiencia, valore cómo se encuentra de satisfecho de forma global con el servicio de Respiro Familiar siendo 0 muy insatisfecho y 10 muy satisfecho.

| | Muy Insatisfecho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Muy Satisfecho | Ns/ Nc | No recibe/ no necesita |
|--------------------------------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------|--------|------------------------|
| Valoración global del servicio | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 | 98 |

FINALIZAR ENTREVISTA PARA F1=5

Introducción

INTRO: ¿Sería tan amable de colaborar contestando unas breves preguntas sobre el Servicio de Respiro Familiar al que acude la persona a la que cuida?

Sí.....1 → **Gracias, muy amable, comenzamos. (Pasar a P.1)**

No.....2 → *rebatir objeciones y aclaraciones*

Objeciones y Aclaraciones:

No tengo tiempo/Estoy ocupado:

- Sr. X le entiendo perfectamente, no obstante se trata de un breve cuestionario.
- ¿Me indica la hora más apropiada para hablar con usted? (Tomar nota) Muy amable, gracias. Le llamaremos entonces.

¿Me compromete a algo?:

- No, por supuesto, se trata de un cuestionario breve y confidencial. Sus respuestas serán tratadas de forma global y con fines a mejorar el servicio prestado por el Ayuntamiento de Madrid.

Persiste en no colaborar.....3 → Cierre del registro: despedir y agradecer.

P.1 ¿Podría decirme si reside con (Introducir nombre que figura en BBDD)?

- Sí 1
- No 2

P.2 ¿Y su parentesco con (Introducir nombre que figura en BBDD) es...?

LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA

| | |
|----------------------------|----------------------|
| Es un cuidador profesional | 1 → FINALIZAR |
| Amigo | 2 |
| Cónyuge | 3 |
| Hijo/a | 4 |
| Hermano/a | 5 |
| Nieto/a | 6 |
| Sobrino/a | 7 |
| Nuera/yerno | 8 |
| Otros (especificar) | 9 |
| No contesta | 99 |

P.3.- A continuación le voy a nombrar una serie de prestaciones para personas mayores del Ayuntamiento de Madrid. Por favor, dígame cuáles de ellas utiliza la persona mayor en la actualidad a parte de RESPIRO FAMILIAR. (RESPUESTA MÚLTIPLE)

| | SI | NO |
|-------------------------------------|----|----|
| Plaza en Centro de Día entre semana | | |
| Teleasistencia | 1 | 2 |
| Servicio de Ayuda a Domicilio | 1 | 2 |
| Comida a Domicilio | 1 | 2 |

Y usted, como cuidador:

| | | |
|---|---|---|
| Participa, o ha participado recientemente, en el Programa Cuidar a Quienes Cuidan | 1 | 2 |
|---|---|---|

CENTRÁNDONOS EN EL SERVICIO DE RESPIRO FAMILIAR...

BLOQUE 1: Ingreso en el programa

P.4.- De manera habitual, ¿con qué frecuencia hace uso el titular del servicio de Respiro Familiar? LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA

| | |
|--|---|
| Acude todos los fines de semana | 1 |
| Acude varios fines de semana al mes | 2 |
| Acude un fin de semana al mes u ocasionalmente | 3 |
| NS/NC | 4 |

P.5.- Habitualmente, ¿qué día acude al centro? LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA

| | |
|------------|---|
| Sábados | 1 |
| Domingos | 2 |
| Ambos días | 3 |
| NS/NC | 4 |

P.6.- ¿Puede decirme el o los motivos por los que acude el titular al servicio de Respiro Familiar? RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MÚLTIPLE

P.7.- ¿Puede decirme si el titular precisa apoyo para realizar alguna de las siguientes tareas?

| | SI | NO |
|--|----|----|
| Para asearse | 1 | 2 |
| Para levantarse o acostarse de la cama | 1 | 2 |
| Para ir al cuarto de baño | 1 | 2 |
| Para comer | 1 | 2 |
| ¿Tiene algún tipo de demencia? | 1 | 2 |

P.8.- ¿Cuenta el titular con el apoyo de otras personas, además de usted?

| | |
|-------|---|
| Sí | 1 |
| No | 2 |
| Ns/Nc | 9 |

BLOQUE 2: Cumplimiento de objetivos y notoriedad

P.9.- En qué medida cree usted que el servicio de Respiro Familiar cumple los siguientes objetivos. Por favor, utilice una escala de valoración de 0 a 10, donde "0" significa que lo *Incumple totalmente* y "10" que lo *Cumple totalmente*

| | Incumple totalmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Cumple totalmente | Ns/Nc |
|--|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------|-------|
| 9.1. Facilitar apoyo a las familias que atienden a personas dependientes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 |
| 9.2. Proporcionar atención a personas mayores dependientes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 |

P.10.- ¿Quién cree usted que es el responsable de este servicio?

RESPUESTA ESPONTÁNEA. RESPUESTA ÚNICA

| | |
|--|---|
| Ayuntamiento de Madrid | 1 |
| Comunidad de Madrid | 2 |
| La entidad que lo presta (Asispa, Domusvi, Eulen, Arquisocial) | 3 |
| Ns/Nc | 9 |

BLOQUE 3: Indicadores de impacto de calidad de vida del usuario y su familia

P. 11 - A continuación le voy a leer una serie de frases sobre la percepción que tiene usted, respecto a la influencia que ha tenido en la vida de su familiar acudir a un centro de día los fines de semana. Por favor, indíqueme su grado de acuerdo/desacuerdo con cada una de ellas. Para valorar, utilice una escala de 0 a 10 donde 0 es "Totalmente en desacuerdo" y 10 "Totalmente de acuerdo".

LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA POR FILA.

Desde que acude a un centro de día los fines de semana **el usuario...**

| | Totalmente en desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Totalmente de acuerdo | Ns/ Nc |
|---|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------------------|--------|
| Ha mejorado en su autonomía e independencia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 |
| Ha mejorado el estado de ánimo del usuario | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 |
| El usuario se siente más tranquilo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 |
| Le ha servido para relacionarse con otras personas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 |
| Su estado de salud, en general, ha mejorado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 |
| Obtiene a través de este servicio el apoyo que necesita | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 |
| Cree que tienen en cuenta sus preferencias / necesidades. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 |
| GLOBALMENTE ESTE SERVICIO HA MEJORADO SU CALIDAD DE VIDA | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 |

P.12 A continuación le voy a leer una serie de frases sobre la influencia que ha tenido en su vida, como cuidador, que la persona a la que cuida acuda a un centro de día los fines de semana. Por favor, indíqueme su grado de acuerdo/desacuerdo con cada una de ellas. Para valorar, utilice una escala de 0 a 10 donde 0 es "Totalmente en desacuerdo" y 10 "Totalmente de acuerdo".

LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA POR FILA.

Desde que acude **el titular** a un centro de día los fines de semana **usted...**

| | Totalmente en desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Totalmente de acuerdo | Ns/ Nc |
|---|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------------------|--------|
| Dedica más tiempo para usted mismo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 |
| Ha mejorado su estado de ánimo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 |
| Obtengo a través de este servicio el apoyo que necesito | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 |
| Se tienen en cuenta sus preferencias/necesidades | | | | | | | | | | | | |
| Se siente usted más tranquilo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 |
| Le ha servido para relacionarse con otras personas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 |
| Ha supuesto un beneficio para el resto de la familia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 |
| GLOBALMENTE, ESTE SERVICIO HA MEJORADO SU CALIDAD DE VIDA | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 |

BLOQUE 4: Estructura organizativa del centro

P.13 Por favor, indique su grado de satisfacción con los siguientes aspectos referentes a la estructura organizativa del Centro de Día donde realiza el Respiro Familiar, siendo "0" Muy insatisfecho y "10" Muy satisfecho.

| | Muy Insatisfecho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Muy Satisfecho | Ns/ Nc |
|--|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------|--------|
| 1. Orden y limpieza | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 |
| 2. Equipamiento y confortabilidad de las instalaciones | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 |
| 3. Organización y funcionamiento del centro | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 |
| 4. Horario del centro | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 |
| 5. Medidas de seguridad para el acceso y salida del centro | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 |

TRANSPORTE

P.14.- ¿Hace el titular uso del servicio de transporte de Respiro Familiar?

| | |
|----|---|
| Sí | 1 |
| No | 2 |

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.14

P.15.- En una escala de 0 a 10 donde 0 significa Muy Insatisfecho y 10 Muy Satisfecho, por favor, **valore, en general, los siguientes aspectos del servicio de transporte.**

| | Muy Insatisfecho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Muy Satisfecho | Ns/ Nc | No recibe/ no necesita |
|--|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------|--------|------------------------|
| Puntualidad (de recogida y regreso) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 | |
| Valoración global del servicio de transporte | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 | |

ASISTENCIA

P.16.- En una escala de 0 a 10 donde 0 significa Muy Insatisfecho y 10 Muy Satisfecho, por favor, **valore, en general, los servicios asistenciales ofrecidos en Respiro Familiar ((cuidado persona, sanitario, asistencia para la toma de alimentos...))**

| | Muy Insatisfecho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Muy Satisfecho | Ns/ Nc | No recibe/ no necesita |
|---|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------|--------|------------------------|
| Valoración global del servicio de atención a la persona | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 | 98 |

ACTIVIDADES

P.17.- En una escala de 0 a 10 donde 0 significa Muy Insatisfecho y 10 Muy Satisfecho, por favor, **valore, en general, las actividades realizadas en el centro.**

| | Muy Insatisfecho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Muy Satisfecho | Ns/ Nc | No recibe/ no necesita |
|--|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------|--------|------------------------|
| Valoración global del servicio de las actividades realizadas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 | 98 |

P.18.- ¿Qué actividades, que no se realizan en el centro, le gustaría que se planificaran y realizaran?

Ns/Nc.....99

PROFESIONALES

P.19.- En una escala de 0 a 10 donde 0 significa Muy Insatisfecho y 10 Muy Satisfecho, por favor, **valore, en general, los siguientes aspectos relacionados con los profesionales del Centro de Respiro Familiar.**

| | Muy Insatisfecho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Muy Satisfecho | Ns/Nc |
|--|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------|-------|
| El trato y amabilidad de los profesionales | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 |
| Valoración global de los profesionales | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 |

SERVICIO DE COMIDAS

P.20.- En una escala de 0 a 10 donde 0 significa Muy Insatisfecho y 10 Muy Satisfecho, por favor, **valore, en general el servicio de comida del Centro de Respiro Familiar.**

| | Muy Insatisfecho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Muy Satisfecho | Ns/Nc | No recibe/ no necesita |
|--|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------|-------|------------------------|
| Valoración global del servicio de comida | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 | 98 |

CALIDAD PRECIO

P.21- ¿Conoce usted el coste del servicio de Respiro Familiar?

| | |
|----|---|
| Sí | 1 |
| No | 2 |

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.21

P.21.a.- Por favor valore la relación calidad-precio del servicio recibido, en una escala donde "0" significa Muy insatisfecho y "10" Muy satisfecho:

| | Muy Insatisfecho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Muy Satisfecho | Ns/Nc |
|-------------------------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------|-------|
| Relación calidad-precio | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 |

EXPERIENCIA

P.22- Respecto a lo que usted esperaba del servicio de Respiro Familiar, valore con una escala de 0 a 10 siendo 0 mucho peor de lo que esperaba y 10 mucho mejor de lo que esperaba.

P.23.- En general, y teniendo en cuenta toda su experiencia, valore cómo se encuentra de satisfecho de forma global con el servicio de Respiro Familiar siendo 0 muy insatisfecho y 10 muy satisfecho.

| | Muy Insatisfecho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Muy Satisfecho | Ns/Nc |
|--------------------------------------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------|-------|
| P.22 Cobertura de expectativas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 |
| P.23 Valoración general del servicio | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 99 |

P.24.- ¿Cree usted que acudir al servicio de Respiro Familiar ha permitido al titular del servicio seguir viviendo en su domicilio en mejores condiciones?

| | |
|----|---|
| Sí | 1 |
| No | 2 |

Valoración general del servicio

P.25.- ¿Tiene alguna sugerencia de mejora sobre el servicio de Respiro Familiar del Ayuntamiento de Madrid?

| | |
|----|---|
| Sí | 1 |
| No | 2 |

SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.25

P.25.a ¿Cuál? RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MÚLTIPLE. Anotar literalmente lo que indique el entrevistado.

P.26.- ¿Seguirá o volverá a usar el servicio en caso de necesitarlo? ENTREVISTADOR: LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA

| | |
|-------|---|
| Sí | 1 |
| No | 2 |
| Ns/Nc | 9 |

P.27.- ¿Recomendaría usted este servicio? ENTREVISTADOR: LEER RESPUESTAS. RESPUESTA ÚNICA

| | |
|-------|---|
| Sí | 1 |
| No | 2 |
| Ns/Nc | 9 |

Datos de clasificación

| Cuidador |
|---|
| <p>C.2. ¿Puede decirme si usted vive solo?</p> <p>Sí 1 Seguir en C4</p> <p>No 2 Seguir en C3</p> <p>Ns/Nc 9 Seguir en C4</p> |

SÓLO SI CÓDIGO 2 EN C.2

C.3.- ¿La persona con la que convive se encuentra mejor, igual o peor de salud que usted?

- Mejor 1
- Igual 2
- Peor 3
- Ns/Nc 9

A TODOS/AS

C.6. - ¿Podría decirme si se siente solo/a, a menudo?

- Sí 1
- No 2
- Ns/Nc 9

C.4.- ¿Tiene a quien acudir si necesita ayuda

- Sí 1
- No 2
- Ns/Nc 9

C.5.- Debido a su situación ¿con qué frecuencia sale usted de su domicilio?

- No sale 1
- Sale, pero menos de 1 vez a la semana 2
- Sale con más frecuencia 3
- Ns/Nc 9

A TODOS

Para efectos de Control de Calidad de la ejecución de esta encuesta, ¿puede facilitarme su nombre y número de teléfono?

| | |
|--------|--|
| Nombre | |
| Edad | |
| Sexo | |

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN. LE RECUERDO QUE SI QUIERE HACER ALGUNA SUGERENCIA O RECLAMACIÓN RESPECTO AL SERVICIO QUE UTILIZAN PUEDE HACERLO LLAMANDO AL TELÉFONO 010. LE RECORDAMOS TAMBIÉN QUE EXISTEN PROGRAMAS ESPECÍFICOS PARA PERSONAS CUIDADORAS, COMO ES EL CASO DEL PROGRAMA “CUIDAR A QUIENES CUIDAN”. EN LA WEB MUNICIPAL Y EN TELÉFONO 010 OBENDRÁ MAS INFORMACIÓN